Pack bien-être

Régime frais de soins de santé
Convention collective nationale du Commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers [n° 3244]

FORMULAIRE À COMPLÉTER
par le participant
ET À RENVOYER À
votre centre de gestion dont l'adresse figure sur votre carte Terciane

BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS ET ASSURÉ

Bénéficiaire des soins

NOM d'usage : _____
Prénom : _____
N° de Sécurité sociale : _____ _____
Date de naissance du bénéficiaire des soins : _____
N° : _____ Complément (zone, étage, immeuble, bât.) : _____
Rue / voie : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ E-mail : _____

Assuré (à remplir seulement si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré lui-même)

NOM d'usage : _____
Prénom : _____
N° de Sécurité sociale : _____ _____
Date de naissance de l'assuré : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PRESTATIONS

Date	Nature	Montant payé	Cadre réservé à AG2R Prévoyance
Consultations non prises en charge par le régime de base			
	Ostéoptathe (1) ☐	_____ €	
	Diététicien (2) ☐		
	Acupuncteur (2) ☐		
	Chiropracteur (1) ☐		
	Psychologue (2) ☐		
	Étiopathe (2) ☐		
Acte de prévention non remboursé par le régime de base			
	Sevrage tabagique prescrit ☐	_____ €	
Vaccins prescrits non remboursés			
	Anti-amarile (fièvre jaune) ☐	_____ €	
	Encéphalite à tiques ☐		
	Encéphalite japonaise ☐		
	Hépatite A ☐		
	Méningite à méningocoques (cérébro-spinale) ☐		
	Rage ☐		
	Typhoïde ☐		
	Vaccin contre la grippe ☐		
Moyens contraceptifs prescrits			
	Pilules et implant ☐	_____ €	

(1) SONT CONCERNÉS LES TITULAIRES DES DIPLÔMES ET CERTIFICATS, NÉCESSAIRES À L'EXERCICE DE CES PROFESSIONS, QUI SONT PRÉVUS PAR LES TEXTES EN VIGUEUR, NOTAMMNENT PAR L'ART. 75 DE LA LOI DU 4 MARS 2002, ET POUR LES OSTÉOPATHES EXCLUSIFS, CEUX INSCRITS AU FICHIER ADELI.
(2) SONT CONCERNÉS LES TITULAIRES DES DIPLÔMES ET CERTIFICATS, NÉCESSAIRES À L'EXERCICE DE CES PROFESSIONS, QUI SONT PRÉVUS PAR LES TEXTES EN VIGUEUR.

(PDF) GP / A 810-07 / Sept.13 - PAO Pôle Contrat Chartres

Je déclare joindre l'original des factures réalisées par le praticien ou émises par le pharmacien et dûment acquittées pour justifier ma demande de remboursement.

J'atteste sur l'honneur l'exactitide des informations ci-dessus.

Pour les prestations délivrées seulement sur ordonnance, une photocopie de celle-ci doit être jointe.

Fait à : _____

Date : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Signature obligatoire de l'assuré

Ces informations sont traitées exclusivement dans le cadre de votre garantie «Remboursement de frais de soins de santé». Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression et d'opposition sur les données (pour des motifs légitimes) que vous pouvez exercer auprès du Correspondant informatique et libertés, Groupe AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité et Déontologie, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS CEDEX 08. Le responsable de ce traitement est AG2R Prévoyance.